

Phần 1: THÔNG TIN NGƯỜI NHẬN CHĂM SÓC (Người có nhu cầu đặc biệt cần được chăm sóc không gián đoạn.)

Đính kèm tài liệu để hỗ trợ yêu cầu chăm sóc thay thế (ví dụ: thư của chuyên gia trị liệu hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, báo cáo y tế hiện tại hoặc IEP).

Tên Người Nhận Chăm Sóc:		Ngày Sinh:	Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Sắp Xếp Đời Sống: <input type="checkbox"/> Sống Cùng với Người Chăm Sóc Tại Nhà của Người Nhận Chăm Sóc <input type="checkbox"/> Sống Cùng với Người Chăm Sóc Tại Nhà của Người Chăm Sóc <input type="checkbox"/> Sống Cùng với Gia Đình hoặc Bạn Bè Khác <input type="checkbox"/> Sống Một Mình			Số An Sinh Xã Hội:
Tình Trạng Tư Cách Công Dân của Người Nhận Chăm Sóc: <input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ HOẶC <input type="checkbox"/> Tôi là người nước ngoài đủ điều kiện theo Đạo Luật về Nhập Cư và Quốc Tịch của liên bang.			
Địa Chỉ Gửi Thư:			
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:	Quận:

Người Nhận Chăm Sóc có cần trợ giúp về bất kỳ hoạt động tự chăm sóc nào không:

Tắm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đi vệ sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chải chuốt	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mặc quần áo	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Vận chuyển	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Di chuyển	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ăn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đi bộ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

Tích vào tất cả các ô về nhu cầu Người Nhận Chăm Sóc đã gặp phải và cần giám sát:

<input type="checkbox"/> Suy Giảm Nhận Thức hoặc Sa Sút Trí Tuệ	<input type="checkbox"/> Hạn Chế Chức Năng do Lão Hóa	<input type="checkbox"/> Khuyết Tật Thể Chất
<input type="checkbox"/> Trở Ngại Hành Vi	<input type="checkbox"/> Khuyết Tật Học Tập	<input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Khuyết Tật Phát Triển và/hoặc Trí Tuệ	<input type="checkbox"/> Vấn Đề Sức Khỏe Tâm Thần	

Mô tả các nhu cầu đặc biệt của Người Nhận Chăm Sóc như thói quen chăm sóc hàng ngày cần hỗ trợ thêm: (Bắt Buộc Trả Lời)

Nguy cơ cao phải sắp xếp đưa tới các địa điểm/cơ sở chăm sóc ngoài nhà (chẳng hạn như viện dưỡng lão, hệ thống chăm sóc thay thế, cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhà sinh hoạt cộng đồng): Có Không**Phần 2: THÔNG TIN NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH** (Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Gia Đình hoặc Bạn Bè khác cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục).

Tên Đại Diện Được Ủy Quyền: (Người Chăm Sóc Gia Đình Chính)		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tuổi: <input type="checkbox"/> từ 18 trở xuống <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
Người chăm sóc là:			
<input type="checkbox"/> Cha/Mẹ Nuôi	<input type="checkbox"/> Bạn Bè	<input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp	<input type="checkbox"/> Người Có Quan Hệ Tình Cảm
<input type="checkbox"/> Cha/Mẹ Ruột	<input type="checkbox"/> Cha/Mẹ Nuôi Tạm Thời	<input type="checkbox"/> Anh Chị Em Ruột	<input type="checkbox"/> Người Được Ủy Quyền
<input type="checkbox"/> Con Gái/Con Trai	<input type="checkbox"/> Ông/Bà	<input type="checkbox"/> Vợ/Chồng	
Số Điện Thoại Cố Định:	Số Điện Thoại Di Động:	Đồng ý nhắn tin: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điện Thoại:	
Đồng ý liên hệ qua email: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Email Người Chăm Sóc:	
Quý vị muốn liên lạc qua: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Email và Tin Nhắn <input type="checkbox"/> Thư <input type="checkbox"/> Thư và Tin Nhắn			
Thời gian chăm sóc mỗi tuần: <input type="checkbox"/> 5-10 giờ <input type="checkbox"/> 11-20 giờ <input type="checkbox"/> 21-35 giờ <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian 24/7		Quý vị "căng thẳng" như thế nào khi chăm sóc người nhận chăm sóc:	
Sức Khỏe của Người Chăm Sóc tại thời điểm yêu cầu (đánh dấu một ô): <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Nguy kịch		<input type="checkbox"/> Không căng thẳng chút nào <input type="checkbox"/> Hơi căng thẳng	
Người Chăm Sóc làm việc: <input type="checkbox"/> Không Có Việc Làm hoặc Đã Nghỉ Hưu <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian		<input type="checkbox"/> Căng thẳng vừa phải <input type="checkbox"/> Rất căng thẳng	
		<input type="checkbox"/> Vô cùng căng thẳng	

Trong sáu tháng qua, có một hoặc nhiều người chăm sóc gia đình cần nghỉ việc do trách nhiệm chăm sóc gia đình không lương:

Có Không Người Chăm Sóc Chính không có việc làm

Nếu Có, quý vị đã bỏ lỡ bao nhiêu ngày:

Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời sẽ chỉ cung cấp hỗ trợ chăm sóc thay thế cho những người không nhận được dịch vụ chăm sóc thay thế hoặc đủ điều kiện cho các dịch vụ chăm sóc thay thế từ một chương trình khác của chính phủ.

Người Nhận Chăm Sóc hiện có đang nhận các dịch vụ chăm sóc thay thế hoặc đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc thay thế từ chương trình khác của chính phủ không? Có Không

Thông Tin Quân Sự:

Có ai trong gia đình hiện đang tại ngũ hoặc dự bị trong bất kỳ nhánh nào của quân đội Hoa Kỳ không? Có Không

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã phục vụ trong bất kỳ nhánh nào của quân đội chưa? Có Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin bên dưới cho (những) người này.

Tên của Người trong Quân Đội hoặc Vợ/Chồng hay Con của Cựu Chiến Binh:	Họ là:
	<input type="checkbox"/> Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Tại Ngũ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng của Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Dự Bị <input type="checkbox"/> Con của Cựu Chiến Binh (18 tuổi trở xuống)
	<input type="checkbox"/> Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Tại Ngũ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng của Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Dự Bị <input type="checkbox"/> Con của Cựu Chiến Binh (18 tuổi trở xuống)
	<input type="checkbox"/> Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Tại Ngũ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng của Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Dự Bị <input type="checkbox"/> Con của Cựu Chiến Binh (18 tuổi trở xuống)

Phần 3: TÌNH TRẠNG HỘ GIA ĐÌNH (Liệt kê tất cả những người sống trong hộ gia đình của Người Nhận Chăm Sóc):

Tên:	Ngày Sinh:	Mối Quan Hệ với Người Nhận Chăm sóc:

(Nếu người nhận chăm sóc nhận được trợ cấp thông qua các Chương Trình SNAP hoặc MEDICAID NON-MAGI, hãy chuyển sang Phần 7)

Người nhận chăm sóc từ 18 tuổi trở xuống có cha hoặc mẹ sống ở nơi khác không? Có Không

Phần 4: NGUỒN LỰC / TÀI SẢN

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong nhà có bất kỳ điều nào sau đây không? Có Không

Nếu có, hãy tích vào tất cả các ô phù hợp và liệt kê các nguồn lực / tài sản vào bảng bên dưới.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiền mặt | <input type="checkbox"/> 401 (K) | <input type="checkbox"/> Tài Khoản Giáo Dục |
| <input type="checkbox"/> Tài Khoản Thanh Toán và Tài Khoản Tiết Kiệm | <input type="checkbox"/> Các Nguồn Lực Khác | <input type="checkbox"/> Tài Sản (Đất Đai, Nhà Cửa) |
| <input type="checkbox"/> Chứng Chỉ Tiền Gửi (CD) | <input type="checkbox"/> Tài Khoản Hưu Trí | <input type="checkbox"/> Quỹ Tín Thác Mai Táng |
| <input type="checkbox"/> Quỹ Tương Hỗ | <input type="checkbox"/> Cổ Phiếu/Trái Phiếu | <input type="checkbox"/> Sắp Xếp Mai Táng |
| <input type="checkbox"/> Tài Sản Thừa Kế | <input type="checkbox"/> Niên Kim | <input type="checkbox"/> Quỹ Tín Thác |

Tên trong Tài Khoản:	Họ có gì:	Số Tiền trong Tài khoản:	Tên trong Tài Khoản:	Họ có gì:	Số Tiền trong Tài khoản:

Phần 5: THU NHẬP (Liệt kê tất cả tổng thu nhập (trước khi khấu trừ). Đối với những người đã đến 19 tuổi, chỉ liệt kê thu nhập của người nộp đơn và vợ/chồng của người nộp đơn. Đối với những người dưới 19 tuổi, thu nhập của người nộp đơn và thu nhập chịu thuế của cha mẹ nuôi con sẽ được liệt kê. 464 NAC 1.011.02(A))

Loại Thu Nhập:	Số Tiền:	Tần Suất Nhận Được:	Người Nhận:
<input type="checkbox"/> Tiền Lương: <input type="checkbox"/> Nghề Tự Do: (Người làm nghề tự do phải đính kèm xác minh thu nhập của IRS)			
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Khuyết Tật An Sinh Xã Hội (SSDI)			
<input type="checkbox"/> Hưu Trí An Sinh Xã Hội			
Loại Thu Nhập:	Số Tiền:	Tần Suất Nhận Được:	Người Nhận:
<input type="checkbox"/> Lương Hưu theo SS Retirement: <input type="checkbox"/> Khoản Hỗ Trợ Nuôi Con: <input type="checkbox"/> Khoản Cấp Dưỡng:			
Khác:			

Phần 6: CÁC KHOẢN CHI TIÊU LIÊN QUAN ĐẾN KHUYẾT TẬT (Chỉ chi phí tự trả chưa được hoàn trả)

Liệt kê các khoản chi tiêu liên quan đến khuyết tật không được bất kỳ nguồn nào khác đài thọ, Người Nhận Chăm Sóc phải thanh toán trong thời gian một năm. Ví dụ về khoản chi tiêu: thăm khám bác sĩ, đơn thuốc, sản phẩm hỗ trợ người lớn không tự chủ, vận chuyển y tế, xe lăn, thang máy, các khoản vay để sửa đổi kiến trúc. Không bao gồm khoản chi tiêu của các thành viên khác trong gia đình:

Khoản Chi Tiêu:	Chi Phí:	Tần Suất:

Phần 7: NHÂN KHẨU HỌC TÙY CHỌN

Sắc Tộc:	Chủng Tộc:
<input type="checkbox"/> Không phải là người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Người Mexico <input type="checkbox"/> Người Puerto Rico <input type="checkbox"/> Người Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Người Cuba <input type="checkbox"/> Người Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc người Tây Ban Nha khác <input type="checkbox"/> Khác/Không xác định	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đen/ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Trắng/Caucasia <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ <input type="checkbox"/> Người Alaska Bản Địa <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa <input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Khác/Không Xác Định

PHẦN 8: THỎA THUẬN VÀ CHỮ KÝ

Tôi hiểu rằng những lời khai của tôi có thể được kiểm tra và nếu tôi đưa ra những lời khai hoặc thông tin sai sự thật, tôi có thể bị kết tội gian lận.

Tôi hiểu rằng bất cứ khi nào có thay đổi trong thông tin tôi đã cung cấp, tôi phải báo cáo ngay cho Sở Y tế & Dịch Vụ Nhân Sinh Nebraska, Điều Phối Viên Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Thay Thế.

Tôi hiểu rằng mình có quyền nộp đơn kháng cáo nếu cho rằng yêu cầu của mình không được xử lý đúng cách.

Tôi hiểu rằng Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Nebraska có thể cần liên hệ với các cơ quan và cá nhân khác để xác định tính đủ điều kiện tài chính của tôi, để xác minh nhu cầu hỗ trợ mà tôi đang nộp đơn hoặc giới thiệu để hỗ trợ tôi nhận được các dịch vụ. Tôi cho phép tiết lộ thông tin bảo mật này.

Tôi hiểu rằng việc thanh toán trợ cấp có thể bị trì hoãn nếu tôi không cung cấp Số An Sinh Xã Hội cho Người Nhận Chăm Sóc.

Tôi hiểu rằng phần hồi của tôi và thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này và bất kỳ đơn đăng ký liên quan nào về trợ cấp cộng đồng là đúng, đầy đủ và chính xác và tôi hiểu rằng thông tin này có thể được sử dụng để xác minh sự hiện diện hợp pháp của tôi tại Hoa Kỳ.

Chữ ký của Người Nhận Chăm Sóc là Người Trưởng Thành hoặc Đại Diện Được Ủy Quyền:

Ngày:

Chữ ký của Người Hỗ Trợ Điền Đơn Đăng Ký này, nếu có:

Mối Quan Hệ với Người Nhận Chăm sóc:

Số Điện Thoại của Người Hỗ Trợ:

Email của Người Hỗ Trợ:

Phần 9: NGUỒN GIỚI THIỆU (Ai đã nói với quý vị về chương trình)

Tên/Chức Danh:

Tổ Chức/Cơ Quan hoặc Mối Quan Hệ với Người Nhận Chăm Sóc:

Địa Chỉ:

Thành Phố:

Tiểu Bang:

Số Điện Thoại:

Email:



Gửi đơn đăng ký đã điền và tài liệu hỗ trợ đến:

Email: (khuyến nghị)	dhhs.respite@nebraska.gov	Bưu điện:	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Fax:	(402) 742-8356		
Nhân Viên Dịch Vụ Xã Hội:	(402) 471-9188		
Điều Phối Viên Chăm Sóc Thay Thế tại địa phương:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

HƯỚNG DẪN:**Hướng dẫn hoàn thành Biểu Mẫu CFS-1400, "Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời"**

Sử dụng: Biểu Mẫu CFS-1400 được sử dụng như một đơn đăng ký để xác định tính đủ điều kiện nhận các trợ cấp của Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời. Nhân Viên Chương Trình sẽ sử dụng biểu mẫu để thu thập dữ liệu cần thiết để xác định tính đủ điều kiện cho các dịch vụ chăm sóc thay thế. Biểu mẫu này cũng là một bản cung cấp thông tin khi cần thêm thông tin để xác định tính đủ điều kiện. Chương trình này thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc thay thế để người chăm sóc chính được nghỉ ngơi tạm thời. **Chăm sóc thay thế có nghĩa là cung cấp chăm sóc không gián đoạn cho một cá nhân có nhu cầu đặc biệt để những người chăm sóc chính có khoảng thời gian nghỉ ngơi ngắn hạn.** Chăm sóc không gián đoạn có nghĩa là giám sát/chăm sóc một người có nhu cầu đặc biệt liên tục, toàn thời gian. Tham chiếu Hướng Dẫn DHHS 464 NAC 1.001.01, 464 NAC 1.009 và 464 NAC 1.010. Chương trình này KHÔNG dành cho những người đang nhận các dịch vụ chăm sóc thay thế từ một chương trình khác của chính phủ.

Hoàn thành: Nhân Viên Chương Trình sẽ sử dụng dữ liệu để xác định tính đủ điều kiện. Thông tin không đầy đủ có thể trì hoãn việc xác định tính đủ điều kiện. Đơn đăng ký phải được ký tên và ghi ngày tháng bởi Người Nhận Chăm Sóc là Người Trưởng Thành hoặc đại diện được ủy quyền của họ.

Phần 1: THÔNG TIN NGƯỜI NHẬN CHĂM SÓC (Người có nhu cầu đặc biệt cần chăm sóc không gián đoạn toàn thời gian:

Nhập tên, ngày sinh, giới tính, hoàn cảnh sống, số an sinh xã hội, tình trạng tư cách công dân, địa chỉ, thành phố, tiểu bang, mã bưu điện và quận của Người Nhận Chăm Sóc. Đánh dấu tất cả các ô phù hợp.



Đính kèm tài liệu để hỗ trợ yêu cầu chăm sóc thay thế (ví dụ: thư của chuyên gia trị liệu hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, báo cáo y tế hiện tại hoặc IEP).

Nguy Cơ Cao Phải Sắp Xếp Đưa Tới Các Địa Điểm/Cơ Sở Chăm Sóc Ngoài Nhà: Đánh dấu vào ô phù hợp.

Phần 2: THÔNG TIN NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH (Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Gia Đình hoặc Bạn Bè khác cung cấp dịch vụ chăm sóc không gián đoạn): Nhập tên của người chăm sóc. Đánh dấu tất cả các ô phù hợp về giới tính, tuổi tác và (các) vai trò. Nhập (các) số điện thoại nhà riêng, di động và cơ quan.

Đồng Ý Nhấn Tin: Đánh dấu vào ô phù hợp. Nếu có, hãy liệt kê nhà cung cấp dịch vụ điện thoại của quý vị.

Liên Hệ qua Email: Tích vào ô nếu Nhân Viên Chương Trình có thể liên hệ với quý vị qua email. Nhập địa chỉ email.

Thời Gian Chăm Sóc Mỗi Tuần: Đánh dấu vào ô phù hợp.

Mức Độ Căng Thẳng: Đánh dấu vào ô phù hợp.

Ưu Tiên Liên Lạc: Đánh dấu vào ô phù hợp.

Sức Khỏe của Người Chăm Sóc: Đánh dấu vào ô phù hợp.

Tình Trạng Việc Làm: Đánh dấu vào ô phù hợp.

Công Việc Bị Bỏ Lỡ: Đánh dấu vào ô phù hợp. Liệt kê số ngày bỏ lỡ.

Phần 3: HOÀN CẢNH SỐNG: Liệt kê tất cả những người sống trong hộ gia đình. Hãy đảm bảo bao gồm ngày sinh và mối quan hệ của mọi người với Người Nhận Chăm Sóc.

Nếu người nhận chăm sóc nhận được bảo hiểm Medicaid, SNAP, ADC, khuyết tật tiểu bang hoặc AABD, hãy chuyển đến Phần 7 (Nhân Khẩu Học Tùy Chọn).

Phần 4: NGUỒN LỰC/TÀI SẢN: *Nhân Viên Chương Trình có thể yêu cầu quý vị xác minh Nguồn Lực/Tài Sản để tuân thủ quy chế tiểu bang, các yêu cầu hành chính và kiểm toán được xác định để chứng minh nhu cầu tài chính của khách hàng đủ điều kiện hưởng trợ cấp từ chương trình. Việc không phản hồi hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ có thể gây chậm trễ trong việc xác định tính đủ điều kiện.

Đánh dấu tất cả các ô phù hợp. Liệt kê (những) người có khoản tiền đã được kiểm tra và số tiền của mỗi người. Liệt kê bất kỳ nguồn lực thanh khoản nào bao gồm tiền mặt trong tay, tài khoản vãng lai và tiết kiệm, chứng chỉ tiền gửi, cổ phiếu, trái phiếu, giá trị tiền mặt bảo hiểm nhân thọ, Quỹ IRA và Keogh, v.v. Dữ liệu này sẽ được sử dụng như một yếu tố đủ điều kiện khác.

Phần 5: THU NHẬP: *Nhân Viên Chương Trình có thể yêu cầu quý vị xác minh Nguồn Lực/Tài Sản để tuân thủ quy chế tiểu bang, các yêu cầu hành chính và kiểm toán được xác định để chứng minh nhu cầu tài chính của khách hàng đủ điều kiện hưởng trợ cấp từ chương trình. Việc không phản hồi hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ có thể gây chậm trễ trong việc xác định tính đủ điều kiện.

Sử dụng thêm giấy nếu đơn đăng ký này của quý vị không có đủ chỗ cho câu trả lời.

Tiền Lương và/hoặc Nghề Tự Do: Liệt kê tổng tiền lương hộ gia đình hiện tại (trước thuế và các khoản khấu trừ) hoặc nghề tự do theo số tiền, tần suất và người nhận.

Khoản Hỗ Trợ Nuôi Con, Cấp Dưỡng: Liệt kê số tiền, tần suất và người nhận.

Phần 6: CÁC KHOẢN CHI TIÊU LIÊN QUAN ĐẾN KHUYẾT TẬT: Liệt kê tất cả các khoản chi tiêu liên quan đến khuyết tật được thanh toán thay mặt cho Người Nhận Chăm Sóc trong thời gian một năm. Không bao gồm số tiền được bảo hiểm hoặc (các) chương trình trợ cấp khác chi trả. Thông tin được liệt kê ở đây sẽ được xem xét để xem liệu chi phí có thể được loại trừ khỏi thu nhập hay không. Phần này nên bao gồm những thứ như chi phí tự chi trả cho đơn thuốc, tu sửa nhà, tã lót cho người trên 3 tuổi, v.v.

Chủng Tộc và Sắc Tộc Tùy Chọn: Đánh dấu tất cả các ô phù hợp.

Phần 7: NHÂN KHẨU HỌC TÙY CHỌN: Cho biết chủng tộc và sắc tộc của người nhận chăm sóc. Tiêu Đề VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964 cho phép Sở yêu cầu cung cấp thông tin này. Thông tin này sẽ không được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận trợ cấp của chương trình. Đơn đăng ký của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không cung cấp thông tin này. Sở yêu cầu thông tin để đảm bảo rằng trợ cấp được phân phối mà không phân biệt chủng tộc, màu da, sắc tộc hoặc nguồn gốc quốc gia.

Phần 8: THỎA THUẬN VÀ CHỮ KÝ: Người Nhận Chăm Sóc là Người Trưởng Thành hoặc đại diện được ủy quyền phải ký vào đơn trước khi Nhân Viên Chương Trình cho phép nhận trợ cấp. Người hỗ trợ điền đơn đăng ký phải ký và liệt kê mối quan hệ, ngày, số điện thoại và email.

Phần 9: NGUỒN GIỚI THIỆU (Ai đã nói với quý vị về chương trình này?): Liệt kê tên, tổ chức/cơ quan/hoặc mối quan hệ với người nhận chăm sóc và thông tin liên hệ về cách quý vị tìm hiểu về Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Thay Thế Trọn Đời.

Gửi đơn đăng ký đã điền và tài liệu hỗ trợ đến:

Email: (được khuyến nghị)	dhhs.respite@nebraska.gov	Bưu điện:	DHHS Lifespan Respite Subsidy Program P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Fax:	(402) 742-8356		
Nhân Viên Dịch Vụ Xã Hội:	(402) 471-9188		
Điều Phối Viên Chăm Sóc Thay Thế tại địa phương:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

AI SẼ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC THAY THẾ

Có sự linh hoạt khi tìm kiếm nhà cung cấp. Điều Phối Viên Chăm Sóc Thay Thế tại địa phương có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp trong khu vực đã được Mạng Lưới sàng lọc. Các thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc hàng xóm của quý vị có thể làm nhà cung cấp dịch vụ được trả phí. Các khả năng khác bao gồm: các tổ chức, trại, cơ quan đáng tin cậy, tổ chức hoặc nhóm do tình nguyện viên địa phương lãnh đạo, chương trình dựa trên trường học do tình nguyện viên lãnh đạo, chương trình về ngựa, hoạt động dựa trên đức tin hoặc các hoạt động được phê duyệt khác. Trong khi người thân của quý vị đang tham gia một hoạt động, quý vị sẽ được nghỉ ngơi - đó chính là ý nghĩa của chăm sóc thay thế!

Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp đã được Mạng Lưới sàng lọc tại: respite.ne.gov. Nhấp vào "Read more" (Đọc thêm) để đến phần Tìm Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế Phù Hợp (Respite Provider Match) hoặc Tìm Kiếm Chăm Sóc Thay Thế NRRS (NRRS Respite Search) để hỗ trợ xác định vị trí nhà cung cấp trong khu vực của quý vị.